ALLEGATO "1"

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
U.O. Prevenzione

A.S.L. Prov. _____

RICHIESTA VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA

(D.M. 18/2/1982)

Data _____

LA SOCIETA' SPORTIVA A.S.D. NUOTO CLUB BRESCIA
Sede in: Via M. Valgimigli **N°** 6 **Città** BRESCIA **C.A.P.** 25123
Telefono/FAX 030/3099325 **E-mail**: info@nuotoclubbrescia.it
Affiliata alla Federazione Sportiva Nazionale: F.I.N. **dal** 19/03/1985
Codice Affiliazione Federale LOM-009361
Chiede per il proprio atleta

COGNOME.....NOME..... ....
Nato a ..... il .....
Abitante a ..... C.A.P. .....
Via/Piazza..... N° .....

Una visita medico – sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

N U O T O

☐ **Prima affiliazione**

☐ **Rinnovo**
(allegare ultimo certificato in originale)

Tessera sanitaria n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Codice Fiscale n. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A.S. NUOTO CLUB BRESCIA - COD. F.I.N. LOM - 09361

IL PRESIDENTE
Santo Colonna

__N.B.:__ La mancata o l'errata compilazione di uno dei dati richiesti e/o la mancata presentazione dell'ultimo certificato rende __NULLA__ la richiesta.
Per prima affiliazione si intende la prima visita in assoluto dell'atleta richiesta per qualsiasi sport, tutte le successive anche per sport diversi, sono da considerarsi rinnovi.
La richiesta deve essere compilata a macchina o con carattere stampatello, timbrata e firmata in originale.
La richiesta non può essere presentata prima di 30 gg. dalla scadenza del certificato precedente.
Il presidente della società __non può compilare più richieste di visita per lo stesso atleta nel corso degli 11 mesi successivi.__

DIREZIONE GENERALE SANITA' * REGIONE LOMBARDIA